

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

148

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Georges RIBEYRE

Né le 12 septembre 1911, à Yzeure (Allier)

Considérations

sur

l'Accouchement en Clientèle rurale

Avantages de l'Accouchement en Maternité

Président : M. TANON, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Georges RIBEYRE

Né le 12 septembre 1911, à Yzeure (Allier)

Considérations

sur

l'Accouchement en Clientèle rurale

Avantages de l'Accouchement en Maternité

Président : M. TANON, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1937

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHEU.
Cardiologie clinique	LAUBRY.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE..... Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.).. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK..... Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie chirurgicale.
 DE GENNES... Pathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY.... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET.... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 PHILIBERT..... Bactériologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	}	BASSET.	}
AUBERTIN.		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
CHIRAY.		HEITZ-BOYER.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		SCHWARTZ.	
VALLERY-RADOT		VELTER.	
(Pasteur).			
SÉZARY.			

Clinique médicale.

Clinique chirurgicale.

MM.	
ÉCALLE.	}
GUÉNIOT.	
LE LORIER.	
LÉVY-SOLAL.	
METZGER.	

Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
RUPPE	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PERE

*Faible témoignage de ma reconnaissance
et de ma profonde affection.*

A MA TANTE

A MON FRÈRE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Paris
Officier de la Légion d'honneur

A TOUS NOS MAITRES ET PROFESSEURS
DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

A LA MÉMOIRE

DE MONSIEUR EMILE DEUTSCH DE LA MEURTHE

A MONSIEUR JEAN GIRAUD

Agrégé de l'Université,
Chevalier de la Légion d'honneur
Directeur de la Fondation Deutsch de la Meurthe

Considérations sur l'Accouchement en Clientèle rurale

Avantages de l'Accouchement en Maternité

Le jeune médecin, frais émoulu de la Faculté et qui, son diplôme en poche, va tenter de se créer une clientèle dans une de nos bourgades de campagne, ne se doute en général pas du tout des surprises et des déboires que vont lui apporter les premiers accouchements qu'il aura à faire.

Pénétré des idées de ses maîtres, ne connaissant la pratique obstétricale que telle qu'on la conçoit dans les services hospitaliers, il ne se fait souvent aucune idée des difficultés qu'il va rencontrer. Bien souvent, il sera pris de court et il risquera de s'affoler devant la foule des petits obstacles qu'il lui faudra surmonter. Pour leur faire face, l'éducation qu'il a reçue ne l'a que bien peu préparé.

Il a appris, en effet, tant dans les livres que dans les services d'accouchements, la façon de procéder en suivant les règles modernes de l'asepsie et de l'hygiène, en ne laissant rien au hasard, en ayant prévu et surtout prévenu le pire. Il a eu l'habitude d'avoir sous la main un matériel de choix, un personnel spécialisé et nombreux et enfin un maître qui, non seulement s'occupait des cas difficiles et des cas chi-

rurgicaux, mais qui, même absent, lui donnait confiance par la seule pensée qu'en cas d'ennui, il pourrait l'avoir très vite à son secours.

Rien de tout cela en clientèle rurale : Matériel restreint, aide plus néfaste qu'utile et personne pour vous secourir ou vous rassurer. Dans aucune branche de la médecine, la pratique en clientèle ne diffère autant de celle à l'hôpital. Dans aucune, le praticien ne se heurte de la part de l'entourage à autant d'incompréhension, à autant de négligence.

L'accouchement, en effet, est considéré par tous, avec raison d'ailleurs, comme un acte naturel, physiologique et normal dans la vie d'une femme. Mais à cause de cela, tous le regardent avec une indifférence très grande et accueillent l'enfant comme ils recueillent les fruits tombés d'un arbre. Combien est faux, à la campagne, le tableau du futur papa faisant les cent pas dans l'antichambre, énervé, ne pouvant tenir en place et passant une nuit aussi mauvaise que sa jeune épouse ! Souvent, nous avons vu le mari s'en aller coucher posément ou bien faisant tranquillement les foin ou pansant le bétail pendant que sa femme était en douleurs et ne se dérangeant que quand on l'appelait pour venir voir le « petit ».

Aussi, les précautions les plus élémentaires, les soins de propreté les plus simples, leur semblent-ils ridicules, pour ne pas dire néfastes.

De plus, le fait même qu'il s'agit d'une clientèle créée encore au médecin des ennuis supplémentaires. Il doit s'efforcer de ne rien faire qui puisse choquer.

Et l'on connaît la susceptibilité très grande des paysans.

L'accouchement en clientèle rurale se présente donc bien différemment de celui de nos services hospitaliers parisiens.

Nous allons envisager les difficultés particulières qu'on y rencontre en étudiant successivement :

- 1° l'examen prénatal,
- 2° l'accouchement normal,
- 3° l'accouchement dystocique,
- 4° les suites de couches et les soins au nouveau-né.

Nous parlerons ensuite de la nécessité de modifier, à côté de l'esprit du paysan, celui du médecin. Bien des médecins en effet, à notre avis, se montrent trop négligents et n'exigent pas pour leurs accouchements le minimum d'hygiène qui serait souhaitable.

Nous terminerons enfin, en montrant les avantages que présente l'accouchement en clinique.

L'examen prénatal.

Aller consulter le médecin au cours de la grossesse est actuellement une habitude de plus en plus répandue. Cependant, elle est encore loin d'être générale. Combien de femmes, à la campagne surtout, où les dispensaires sont très rares, font appeler pour la première fois le médecin alors qu'elles sont déjà en travail depuis plusieurs heures ?

Bien souvent, elles agissent ainsi par ignorance. Les quelques accouchements dont elles ont entendu parler se sont bien passés. Elles n'ont aucune notion des dangers qui peuvent exister ou survenir. Elles ne savent pas et ne peuvent pas comprendre que les difficultés et les dangers ne surgissent pas seulement au moment de l'expulsion. La seule chose qui les inquiète, — nous l'avons très fréquemment remarqué, — c'est la façon dont se présente l'enfant. « Est-il bien placé ? » C'est la question immuable qui jaillit de toutes les lèvres avant même que votre examen soit terminé. Pour le reste, rien ne les inquiète, pour la bonne raison qu'elles ne soupçonnent aucun des risques que courent la mère et l'enfant.

Souvent aussi il s'agit de négligence. La paysanne n'a que bien rarement entendu parler de bassin trop étroit et cela pour elle ne signifie rien ; mais elle a entendu prononcer le mot d'albumine et, sans bien comprendre, elle le redoute un peu. Mais, se dit-elle, cela ne m'arrivera pas. Elle a toujours été robuste, sa grossesse lui semble évoluer très bien. Elle a bien eu des vomissements, des maux de tête, les chevilles gonflées ! Mais c'est normal, pense-t-elle ! Et puis le docteur est à sept ou huit kilomètres. Elle ne va guère au bourg que le dimanche. Et ce n'est certes pas pour consulter. Ce sera pour une autre fois.

Tant et si bien que, de remise en remise, les douleurs surviennent et c'est seulement appelé pour l'accouchement que le médecin fait son premier examen. Et combien incomplet ! Ne parlons point de l'interrogatoire où certaines femmes voient des intrusions indiscrètes dans leur vie privée ou dans leur ascendance et ne répondent qu'avec réticences, où d'autres parlent à tort et à travers sans satisfaire aux questions qu'on leur pose et où aucune ne vous donne de renseignements sûrs. L'une d'elles nous affirma être à sa première grossesse, malgré un interrogatoire en tête-à-tête, alors qu'elle avait déjà eu un enfant, mais avant son mariage, ce que nous n'apprîmes qu'après l'accouchement par un voisin bien intentionné.

Allons-nous analyser les urines ? Sage précaution. Une analyse, même grossière, doit nous renseigner un peu. Les urines ont évidemment été jetées. Il faut sonder. Cela n'est rien, encore qu'on rencontre sou-

vent une opposition à cause d'un vieil « on-dit » qui veut qu'on ne sonde que les moribonds. Mais auparavant, il faut faire un peu la toilette de la femme qui a souvent été très négligée. Nous avons vu certaines de ces femmes enfoncées dans un lit dont la dépression causée par leur poids était littéralement comblée par des déjections de toutes sortes.

Veut-on un peu d'eau ? Qui n'a pas essayé d'obtenir une casserole ou un pot d'eau bouillie en pleine campagne ne peut s'imaginer les difficultés qu'on trouve à s'en procurer. Il faut trois quarts d'heure pour que, dans la grande cheminée où l'on a entassé les tisons autour du récipient, l'eau se mette enfin à chanter. Là ne s'arrêtent pas nos avatars ! N'est-ce point trop chaud ? se préoccupent alors les braves gens ; et vite, avant que vous ayez eu le temps d'ouvrir la bouche, ils plongent la main, « pour tâter », dans l'eau que vous avez eu tant de mal à stériliser. Tout est à recommencer. Vous prenez alors le parti d'ajouter à cette eau un peu de Dakin, de permanganate ou de liqueur de Tarnier.

Enfin, vous avez réussi à nettoyer la femme de votre mieux et vous faites le toucher. Bassin rachitique ! Promontoire à huit centimètres 1/2. Tête non engagée. Et voilà plus d'une heure que le travail est commencé ! La poche des eaux est rompue depuis cinq ou six heures. Il faudrait faire une césarienne. Mais le chirurgien est à 25 ou 30 kilomètres. Allez-vous faire subir à la jeune femme ce voyage sur des routes cahoteuses, dans une voiture qui se prête mal à son

transport ? Allez-vous attendre ? Parfois, la tête passe quand même. Si elle s'engage, un forceps au détroit supérieur permettra de finir l'accouchement ; mais avec un enfant mort, bien souvent. Le forceps au détroit supérieur, d'ailleurs, est bien contraire aux données classiques. Mais, si l'engagement ne se fait pas ? Plus l'attente est longue, moins les conditions opératoires sont bonnes. Le mieux est peut-être de faire venir le chirurgien et son matériel et de transformer la table familiale en table d'opérations. Mais la famille est pauvre. Va-t-on l'obliger à de tels frais ? Rien ne sert de se lamenter, mais on est obligé de constater qu'une simple consultation prénatale eût évité tous ces ennuis. La césarienne eût été faite à temps, à l'hôpital, dans de bonnes conditions. Dans d'autres cas, l'éclampsie eût été prévenue ; les accidents gravido-cardiaques évités.

Comment remédier à cet état de choses ? Mieux qu'un décret ou une loi, il faudrait un changement dans l'état d'esprit un peu primitif de la masse. C'est au médecin de campagne qu'échoit en grande partie ce rôle d'éducateur. C'est à lui à répandre l'idée de la nécessité de la consultation prénatale. C'est à lui à en montrer les avantages, à parler des accidents évités par cette chose si simple, à faire pour elle œuvre de propagandiste. La plupart des femmes, alors, ayant une idée, si vague soit-elle des risques qui les menacent, elles et leur enfant, viendront d'elles-mêmes consulter au cours de leur grossesse.

Pour le jeune médecin qui s'installe, la difficulté

d'action est grande. Mais, dès que sa clientèle est stable, il se doit de faire quelque chose. Par la rumeur publique, il connaît les grossesses en cours dans sa clientèle. Il doit essayer de les suivre. Appelé dans la famille ou même dans le hameau pour un malade, il doit tâcher de voir la femme enceinte, s'intéresser à sa grossesse et l'amener à se faire examiner et à faire analyser ses urines. Qu'il explique les dangers courus et la possibilité de les éviter, qu'il insiste au besoin sur le fait que cette consultation prénatale est absolument gratuite, et petit à petit, l'habitude s'en répandra. Evidemment, ce n'est pas du jour au lendemain qu'on fait prendre à des paysans une habitude nouvelle, mais il ne faut pas se décourager et désespérer. Au prix de quelques efforts, la consultation prénatale entrera peu à peu dans les mœurs au même titre que la consultation médicale. La terminaison heureuse des accouchements ainsi préparés sera d'autre part en faveur de cette façon nouvelle d'agir.

L'accouchement normal.

Si nos maîtres voyaient la façon dont se font les accouchements à la campagne, leur indignation serait grande. D'autre part, ils refuseraient certainement de les faire dans des conditions aussi déplorables.

On peut dire en effet que bien peu des règles de l'asepsie et même de l'hygiène la plus élémentaire sont respectées.

Que nos maîtres ne croient pas toutefois leurs efforts inutiles quand ils nous enseignent la « bonne méthode ». Il nous a été donné de constater, en effet, que les jeunes médecins étaient à ce point de vue, et avec des ressources locales analogues, beaucoup plus exigeants que les vieux. Il y a là un progrès indéniable qui n'est dû qu'à l'influence de leurs maîtres. Ce progrès semble bien lent il est vrai, mais il n'en existe pas moins.

On pourrait croire toutefois, d'après les notions théoriques actuellement presque universellement admises, que ce défaut d'asepsie entraîne fréquemment des suites de couches pathologiques. Il n'en est rien. Les infections utérines graves sont la grande excep-

tion. Pas un des médecins de campagne de notre connaissance n'en a eu, à ses dires tout au moins. Quant aux infections moins graves, phlébites, lymphangites, abcès du sein, phlegmons du ligament large, etc..., il est bien difficile de faire des statistiques, mais il ne semble pas que la proportion en soit plus grande qu'à l'hôpital. Tout se passe comme si, à la campagne, nous avions à faire à des espèces microbiennes moins virulentes, à des sortes de cultures atténuées.

Aussi, en effectuant par nécessité un accouchement avec une asepsie un peu illusoire, ne peut-on s'empêcher de songer aux précautions qui sont de règle à l'hôpital. Où sont-ils, à la campagne, les draps stériles, les bassins stériles, les gants et les doigtiers stériles, les blouses stériles, les masques évitant la projection des gouttelettes de Pflügge ? Où sont l'eau bouillie et le savon stérile ?

Afin d'étudier les difficultés qui se présentent au cours d'un accouchement à la campagne et les moyens d'y remédier, passons en revue les différents actes que doit faire le médecin depuis le moment où il arrive jusqu'à la fin de l'expulsion.

1° LA PALPATION.

Elle ne présente guère qu'un seul obstacle, facile à surmonter. La femme se trouve en général au milieu d'un lit immense, très haut, surélevée encore par trois ou quatre matelas de plume, dans lesquels elle

creuse une véritable tranchée. Le remède est simple : faites déplacer la femme vers le bord du lit et au besoin, n'hésitez pas à appuyer ferme un genou sur le lit. Ceci présente deux avantages : vous rapprocher et abaisser le matelas. Ce geste, ainsi énoncé, semble ridicule. Mais, devant l'obstacle, il semble des plus naturels. Combien de fois n'avons-nous pas été obligé de faire non seulement le palper et le toucher, mais toute l'expulsion avec un genou appuyant fortement sur le bord du lit pour en réduire la dépression centrale.

On peut aussi glisser entre deux des matelas le plan dur d'une planche. Mais il est tellement compliqué de réussir à en obtenir une, qu'on est obligé d'y renoncer. Dans un cas où un forceps d'urgence s'imposait, nous n'eûmes que la ressource de démonter la porte de la table de nuit.

2° L'AUSCULTATION.

Elle ne présente aucune autre difficulté.

3° LE TOUCHER.

Avant de le pratiquer, la plupart des accoucheurs vous recommandent :

- a) de couper les poils vulvaires ;
- b) de faire un badigeonnage vulvaire et périnéal à l'alcool iodé.

Pour la suppression des poils, il n'y faut point

songer. Essayez seulement d'en parler et vous verrez aussitôt toute la famille protester, se récrier et vous regarder comme un vandale ou un sadique. C'est une chose que nous avons dû supprimer de notre technique à cause des difficultés d'ordre psychologique qu'elle soulève. Pour bien comprendre cela, il faut se dire que le temps n'est pas si lointain où, dans bien des coins de la campagne, les accouchements étaient faits par des matrones. Bien des paysannes ne se font que difficilement à l'idée d'être examinées par un homme (C'est aussi ce qui explique en partie la vogue dont jouissent nombre de guérisseuses dans certaines régions.)

Pour ce qui est du badigeonnage iodé, tout ira bien, à une condition toutefois, c'est que vous ayez apporté vous-même coton hydrophile, alcool, gaze, et d'une façon générale tout ce dont vous pouvez avoir besoin. En effet, les cas sont tout à fait exceptionnels où l'on peut vous fournir autre chose qu'un peu d'eau oxygénée et que le reste d'un vieux paquet de coton, celui-ci assez sale d'ailleurs.

A l'hôpital, on dispose pour se laver les mains au moment du toucher, d'eau bouillie et de savon stérile. Ensuite, on enfle un doigtier stérile. Mais en clientèle, avoir assez de doigtiers stériles pour se permettre d'en salir six ou sept au cours d'un accouchement nécessite une installation qu'un débutant ne peut s'offrir. Aussi, les touchers se font-ils à main nue. Là encore, apportez vous-même savon, brosse, teinture d'iode... et regrettez de ne pouvoir apporter

aussi un récipient stérile avec de l'eau bouillie ! Nous avons déjà exposé les difficultés qu'on éprouve à avoir de l'eau bouillie. Mais, essayez d'avoir du savon. Vous l'obtiendrez, certes, surtout si vous n'êtes pas pressé. Mais alors, vous regretterez de l'avoir demandé tant il est sale et terreux. Apportez tout vous-même et iodez vous les doigts avec soin avant le toucher.

C'est alors que vous apparaissent plusieurs autres ennuis : la position du lit, l'éclairage et enfin, le chauffage.

1. La position du lit.

A la campagne, le lit est en général appuyé contre un mur et engoncé entre deux armoires énormes qui le bloquent et empêchent son déplacement. En conséquence, ne soyez ni droitiers ni gauchers ; sachez toucher et accoucher des deux mains indifféremment, car si vous voulez pouvoir être à votre main, c'est un véritable déménagement qu'il faudra opérer !

2. L'éclairage.

Même le jour, il ne faut pas croire que l'éclairage vous sera favorable ! Des pièces profondes de six à huit mètres ne prennent jour que par une porte non vitrée et par une fenêtre toute petite soigneusement obstruée d'épais rideaux. Aucune solution. Il faut être capable de travailler dans la pénombre ; on s'y fait d'ailleurs très vite.

Mais la nuit, c'est encore bien pire. Deux cas se

présentent : ou bien il y a l'électricité, ou bien, par bonheur, elle n'y est pas. Si l'électrification est faite, tachez d'obtenir une bougie que quelqu'un vous tiendra à la main. En effet, la « seize bougies » accrochée au plafond d'une pièce de huit mètres sur dix ne vous sera pas d'un bien grand secours. Le mieux est d'avoir une « baladeuse » avec prise de courant multiple. C'est ce que nous conseillons de se procurer dans les régions où l'électrification des campagnes est chose faite : une « cent bougies » dans votre baladeuse vous assurera une lumière suffisante.

Si l'électricité n'est pas installée, ce qui est encore assez fréquent, vous trouverez en moins de trois quarts d'heure deux lampes éclairant suffisamment. Avec un peu d'ingéniosité, vous arriverez à les installer de façon à ce que l'une éclaire la table où seront vos instruments tandis que l'autre, suspendue à une pointe plantée dans une poutre du plafond éclairera le lit. Mais, il n'en reste pas moins que la chose essentielle est de pouvoir se passer le plus possible de ses yeux.

3° *Le chauffage.*

Dans ces grandes salles basses, l'hiver, et même certaines nuits d'été, on grelotte. En effet, le chauffage n'est effectué que par la cheminée monumentale dans laquelle achève de se consumer un maigre fagot. Vous craignez pour la future maman, vous réclamez du feu. On vous obéit. Mais, si la chaleur est intenable lorsqu'on est à cinquante centimètres du brasier, vers

le lit, à six ou sept mètres, la température n'a pas changé. Que faire ? Faites chauffer des briques et préparer des bouillottes qui serviront surtout tout à l'heure, quand tout sera fini. En attendant, contentez-vous de couvrir la femme d'édredons.

Ces différents obstacles surmontés, considérons maintenant l'accouchement en lui-même.

La première chose que vous devez recommander à la femme, surtout s'il s'agit d'une multipare, c'est de ne pas pousser avant que vous le lui ayez dit. Elle sait en effet que pousser est nécessaire pour l'expulsion et elle a tendance à le faire trop tôt. Si bien que, la tête fœtale appuyant sur le col utérin, l'irrite et le coince contre le bassin, donnant un col œdématisé, rigide et se dilatant mal.

Chez les primipares, la question est toute différente. Elles ne sentent le besoin de pousser que très tard alors que la tête est déjà presque à la vulve. Il nous est apparu d'ailleurs, qu'au lieu de les faire pousser dès la dilatation complète, on avait tout avantage à attendre vingt à trente minutes environ afin que la tête soit déjà descendue assez bas. L'expulsion se fait alors en quelques poussées et la fatigue est ainsi bien moins grande pour la femme. Cette technique présente à la campagne un autre avantage :

La défécation est inévitable au cours de la poussée. Cependant, un lavement préalable la réduit beaucoup. Mais, comme vous voyez en général la femme pour la première fois, vous n'avez pas pu ordonner un lavement ante-partum. D'ailleurs, si vous avez eu l'occasion

de le faire, soyez sûr que rien n'en a été fait, non seulement par négligence, mais aussi faute de matériel. D'autre part, comme à la campagne on ignore l'existence du bassin plat ovale, si vous faites pousser dès la dilatation complète, c'est dans un véritable cloaque que vous terminerez l'accouchement. Autrement, les ordures seront minimales. Prenez la précaution de faire pousser sur un essuie-main plié ; vous pourrez le retirer juste avant les dernières poussées et terminer l'expulsion dans une propreté relative.

Il faut remarquer, par ailleurs, que vous pourrez disposer d'autant de linge lessivé que vous le désirerez. Jamais on ne vous le refusera. De plus, si arriérés que soient certains paysans, et bien qu'ils aient été vexés d'avoir été un peu « bousculés » pour que le peu que vous leur avez demandé soit propre, ils reconnaîtront cependant ensuite que votre façon de faire vaut mieux que celle de la vieille sage-femme par exemple, qui opère avec beaucoup moins de précautions.

Si vous n'avez pas de boîte stérile fermée contenant vos instruments, ne les faites flamber qu'au dernier moment. Sans cela, malgré votre interdiction d'approcher du coin de table où vous les aurez placés, tout le monde viendra crachoter au-dessus. Ou bien, pendant que vous aurez le dos tourné, on laissera tomber sur eux par mégarde un mouchoir ou un chiffon quelconque.

Inutile, au moment de l'expulsion, d'essayer de poser, ainsi qu'il est classique de le faire, la boîte

d'instruments sur le lit. Il s'agit presque toujours d'un lit en « bateau » où vous ne trouverez pas de plan horizontal. Une fois l'enfant né, vous serez obligé d'aller jusqu'à la table chercher pinces et ciseaux.

Épisiotomie : Vous serez tentés, parfois, alors qu'une déchirure périnéale est imminente, de pratiquer une épisiotomie. Gardez-vous bien de le faire au vu de tout le monde. On vous le reprocherait. En effet, la déchirure paraît à tous être dans le domaine des choses sinon normales, du moins possibles, tandis que l'épisiotomie ! Si l'entourage se rend compte de ce que vous faites, il ne le comprendra sûrement pas et vous en fera grief. D'ailleurs, il est bien rare qu'une déchirure du périnée arrive à léser l'anus. D'autre part, la suture d'une déchirure donne une meilleure consolidation que celle d'une épisiotomie ; et, au cas où on s'opposerait à ce que vous mettiez des crins, la réparation spontanée a bien plus de chances de se faire convenablement. Bien que, sauf exception, personne n'y tienne, vous pourrez d'ailleurs en général recoudre le périnée sans opposition.

Si vous tenez à pratiquer une épisiotomie, et il est des cas où cette petite intervention est utile, tâchez à ce moment d'éloigner l'entourage sous un prétexte quelconque : eau, linge ou cuvette à aller quérir et profitez de ce que personne ne voit avec précision ce que vous faites pour donner un coup de ciseaux dans le périnée.

L'enfant étant né, instillez-lui quelques gouttes de

nitrate d'argent dans chaque œil. Faites-le toujours, car vous vous sentiriez une trop grosse responsabilité si l'enfant faisait ensuite une ophtalmie purulente. Mais soyez bien convaincu que vous en retirerez des ennuis. Plusieurs médecins, à notre connaissance, y ont renoncé à cause de cela. La famille vous reproche ensuite les paupières un peu rouges et gonflées du nourrisson, les cils collés. Si, les jours suivants, il se produit une petite éruption érythémateuse, ce sera encore votre faute. Vous pouvez essayer d'expliquer à l'entourage la nécessité de cette pratique. Faites-le, par acquis de conscience, mais soyez sûr que, d'une façon générale, plus vous expliquerez ce que vous faites, de même que plus vous expliquerez votre diagnostic et moins les gens comprendront.

Délivrance : Il est une autre chose que vous devez faire admettre par la famille : c'est la délivrance par pression. N'expliquez pas « pourquoi », mais affirmez : « Il faut faire ainsi, les autres méthodes sont mauvaises. » En effet, les gens sont habitués à ce que la matrone ou la vieille sage-femme fassent la délivrance par traction sur le cordon. Si vous l'ignorez et que vous ne preniez pas les précautions oratoires voulues, il sera dit de vous, comme il nous est arrivé, que vous êtes une « grosse brute » d'avoir appuyé ainsi sur le ventre de la femme. Comme jamais ces compliments ne vous seront faits en face, vous ne pourrez pas vous défendre et si vous tenez à continuer à faire des accouchements, vous serez déçu, car les

racontars vont vite dans les campagnes et les gens n'aiment naturellement pas à être martyrisés par une grosse brute.

Votre délivrance une fois terminée, il vous faut l'examiner. Si vous n'avez pas eu la précaution de demander une cuvette longtemps à l'avance, vous pouvez être certain que c'est un seau ou une soucoupe qu'on vous apportera. Comme vous n'avez pas de bassin pour recevoir momentanément le placenta, méfiez-vous donc de ce petit détail. Le plus simple, dans ce cas, est d'utiliser le couvercle du seau, vous l'avez toujours sous la main.

Toilette : Vous allez maintenant faire à votre accouchée une toilette sommaire, d'autant plus sommaire que l'absence de bassin vous interdit l'usage d'une grande quantité d'eau. On vous demandera presque toujours de donner une injection vaginale. Refusez en affirmant qu'il ne faut pas le faire. Si toutefois on insistait, donnez-la tout de même. (Vous devez emporter à cet effet bock, caoutchouc et canule, car vous ne trouverez rien de cela chez votre accouchée.) Cependant, rien ne vous empêche de montrer les difficultés matérielles de cette pratique, ce qui incitera à n'en point parler à un accouchement ultérieur. Réclamez tout d'abord un bassin. En cherchant dans tout le village, on finira par vous amener un bassin de lit rond qui pourra servir. Demandez alors de l'eau bouillie tiède, et s'il y a infraction aux règles de l'asepsie, faites-la bouillir à nouveau, puis refroi-

dir. Vous aurez perdu du temps, mais une fois suivante, ils vous laisseront faire comme vous l'entendrez. Pour la pratique de l'injection elle-même, ayez bien soin de tenir vous-même le bock à quelques centimètres seulement au-dessus du plan du lit et de ne pas enfoncer la canule plus loin que les petites lèvres. Vous ne laverez ainsi que le vagin sans risquer d'envoyer dans l'utérus dont le col est encore largement ouvert, l'eau entraînant les débris plus ou moins septiques qui encombrement les voies basses.

Avant de partir, n'oubliez pas de mettre à votre accouchée un bandage de corps avec un essuie-main plié maintenant un paquet d'ouate. Cela ne sert à rien, car rien ne peut remplacer une bonne sangle abdominale naturelle. Mais si vous négligez de le faire, on vous rendra responsable de l'éventration ou du gros ventre qui peuvent subsister post-partum.

L'examen des différentes phases de l'accouchement normal à la campagne nous a montré le nombre de petits détails dont il faut se préoccuper, alors qu'à l'hôpital on ne pense même pas qu'ils puissent exister.

Nous allons maintenant envisager les difficultés particulières auxquelles on doit faire face dans un accouchement dystocique.

L'accouchement dystocique.

Nous n'envisagerons pas les différentes sortes d'accouchements dystociques, attendu que les difficultés tiennent bien plus aux moyens employés qu'à l'anomalie qu'on a à réduire. D'autre part, qu'il s'agisse d'une version podalique, d'un forceps, d'une embryotomie, d'une incision d'un col, d'une délivrance artificielle ou d'une révision utérine, les ennuis particuliers à la pratique rurale tournent toujours autour des mêmes choses.

Quelles sont les conditions opératoires qui, classiquement, doivent être réalisées pour effectuer ces manœuvres ?

Laissant de côté les conditions qui tiennent à la parturiente d'une part, à la science du praticien d'autre part, que nous supposerons suffisantes, envisageons celles d'ordre matériel.

Il faut, nous disent les livres, et l'exemple des services hospitaliers nous le confirme, que l'organisation matérielle et l'asepsie donnent toute sécurité. On doit avoir :

- 1° Une *table obstétricale* avec supports pour les jambes.
- 2° Une *anesthésie*, et par conséquent,
- 3° Un *anesthésiste*.
- 4° Des *champs opératoires stériles*.
- 5° Dans bien des cas, un *aide* est nécessaire.

Je ne parle que pour mémoire de la *table* où vos instruments doivent être installés à portée de main et du *labouret* où vous vous installez en bonne place, commodément et sans fatigue.

A la campagne, vous ne disposez très exactement de rien de tout cela. Et pourtant, le forceps est chose courante, la version n'est pas rare, et, de temps à autre, on a l'occasion de pratiquer une révision utérine.

Comment remédie-t-on à cette énorme insuffisance matérielle ?

1° *La table obstétricale*. — Si vous pouvez obtenir une table solide, transportable et qui puisse être débarrassée rapidement de ce qui l'encombre, utilisez-la. Sinon, mettez la femme en travers du lit, le siège tout à fait au bord. Glissez, si vous le pouvez, le plan dur d'une planche sous le matelas supérieur. Mais vous aurez bien de la peine à en trouver une. Il n'y a ni planche à laver, ni planche à pâtisserie, et la famille est à ce moment bien trop affolée pour trouver d'elle-même quelque chose. Tâchez de décrocher vous-même un petit volet, la porte de la table de nuit, le couvercle d'un bahut.

Quant aux supports pour les jambes, une seule personne peut en tenir lieu, à condition toutefois qu'elle ne s'affole pas et qu'on sache la placer : La parturiente étant en position gynécologique, l'aide doit se placer sur le lit, les genoux de part et d'autre de la tête de façon à la maintenir et chaque main tenant un pied. Cet aide sera le mari ou mieux encore une voisine.

2° Quant à *l'anesthésie*, il est évident que vous n'y devez point songer. Remplacez-la par une injection de deux centigrammes de morphine, c'est le mieux que vous ayez à faire. Evidemment, la femme souffrira tout de même et par conséquent elle hurlera et remuera. Ce sera à vous de ne point prêter attention à ses cris et d'être assez adroit pour ne pas être gêné par ses mouvements.

3° *Des champs opératoires stériles.* — Il faudra aussi vous en passer. Faites-vous seulement donner quelques torchons bien lessivés pour mettre sous le siège. Pour ce que vous aurez à faire, un large badiageonnage à la teinture d'iode dédoublée constituera une asepsie sinon parfaite, du moins amplement suffisante.

4° Certaines interventions, embryotomies, incisions du col nécessitent théoriquement le secours d'un *aide*. Mais, où le prendre ? A moins de faire appel à un confrère, il faudra bien vous en passer. D'ailleurs, le plus souvent, appeler un confrère vous est impos-

sible. Le téléphone n'existe pas en dehors du bourg ; là, d'ailleurs, il ne fonctionne pas la nuit. C'est encore vous qui devrez aller quérir quelqu'un avec votre voiture souvent à douze ou quinze kilomètres, par des chemins parfois à peine praticables. Quelle perte de temps ! Il faut donc savoir vous arranger afin de pouvoir tout faire seul. Parfois, évidemment, l'enfant en pâtira, quelquefois aussi la mère. Mais cela n'est qu'un argument de plus en faveur de la thèse que nous soutenons, à savoir de la nécessité d'accoucher en clinique.

Fort heureusement, embryotomies et incisions du col sont d'indications rares. Il n'en est pas de même de la version podalique, de la délivrance artificielle, et surtout du forceps. En effet, il semble qu'on fasse à la campagne beaucoup plus de forceps qu'à l'hôpital. Soit par suite d'une mauvaise hygiène, soit à cause d'une maladie maternelle non traitée faute de consultation prénatale, il est très fréquent que le médecin de campagne soit obligé d'utiliser son forceps pour terminer rapidement un accouchement. C'est à lui, dans cette circonstance, à savoir s'arranger, en disposant du minimum, pour se placer dans les meilleures conditions possibles, alors qu'il se trouve fatalement embarrassé par la pénurie de matériel et par l'incompétence et l'affolement de l'entourage.

Nous avons jusqu'alors laissé volontairement de côté les opérations qui relèvent uniquement du chirurgien. Le moment est venu d'en dire quelques mots, uniquement d'ailleurs pour les exclure ensuite de ces

pages, puisqu'elles ne rentrent pas dans le domaine du médecin de campagne.

Toutefois, il vous arrivera d'avoir à mener au chirurgien en vue d'une césarienne une femme dont le travail est commencé depuis quelque temps. Quelles devront être en pareil cas les précautions à prendre ? On devra d'abord tâcher d'arrêter le travail. Le meilleur procédé consiste en une injection de deux centigrammes de morphine à laquelle on pourra associer un peu de scopolamine. Mais cette scopolamine n'est pas sans danger pour l'enfant. Si l'on pense pouvoir l'avoir vivant, mieux vaut se borner à la morphine. Il sera aussi nécessaire, bien entendu, d'injecter à côté de la morphine des toni-cardiaques et des toniques généraux : solucamphre, caféine, spartéine. On devra toutefois éviter l'adrénaline qui, en sus de la vaso-dilatation centrale qu'elle provoque (risque d'hémorragie) peut favoriser ensuite, au moment de l'anesthésie, la syncope adrénalino-chloroformique.

On devra être d'autant plus sobre de soins locaux que le transport devra être le plus rapide possible : une garniture vulvaire suffira. La chose essentielle sera d'envelopper la femme dans des lainages afin qu'elle ne risque pas de prendre froid pendant le trajet. Après quoi, vous n'aurez plus qu'à la remettre le plus vite possible entre les mains du chirurgien.

Suites de couches et soins à donner au nouveau-né.

Ayant envisagé les diverses difficultés qui surgissent en clientèle rurale au cours d'un accouchement normal ou dystocique, il ne reste plus qu'à passer en revue les divers obstacles qu'il vous faudra vaincre pour mener à bien les suites de couches ainsi que les premiers jours de vie aérienne du nouveau-né.

Nous ne nous occuperons ici que des suites de couches physiologiques et nous laisserons de côté les suites de couches pathologiques qui, rentrant dans le domaine médico-chirurgical, ne présentent que des difficultés d'ordre courant et d'une banalité extrême.

Post-partum, vous aurez beau faire, jamais vous n'obtiendrez qu'on fasse tout ce que vous ordonnerez. Même en y faisant très attention, il y aura toujours quelque chose qui ne sera pas fait ou mal fait.

Vous ordonnez de prendre la température rectale matin et soir. La première chose à faire est d'expliquer ce que signifie le mot « rectale » que les gens ne *veulent* pas comprendre. Malgré cela, vous pouvez

être sûr que le thermomètre aura été mis dans le creux de l'aisselle ou dans le pli de l'aîne. Rien ne les choque davantage que cette intrusion d'un thermomètre dans le rectum : Nous avons vu des malades pleurer parce que nous voulions le mettre nous-même quand ils ne l'avaient pas fait. Aussi, dans le cas d'une accouchée, pensons-nous qu'il ne faut pas trop insister, quitte à ne pas tenir compte de la courbe fantaisiste qu'on vous fournit. D'ailleurs, même prise dans le rectum, la température qu'on vous indique est presque toujours fautive, car, en dépit de toutes vos remontrances, ils mesurent au jugé les cinq ou six minutes que vous leur avez indiquées comme devant être le temps pendant lequel le thermomètre doit demeurer et soyez sûr qu'en général leurs six minutes en font à peine trois des vôtres.

Dans le cas de rupture prématurée des membranes, une sage précaution est de faire mettre sur le ventre, post-partum, une vessie de glace. Expliquez que cette glace doit rester de façon permanente et qu'il faut la remplacer dès qu'elle est fondue. Expliquez bien la façon dont on doit la placer, bas et entourée d'une flanelle. Malgré toutes vos précautions, la vessie sera mise sur l'estomac ou sur le foie et, quand vous reviendrez, ce ne sera plus qu'un sac d'eau tiède. Bien heureux encore que vos prescriptions aient été suivies. Il nous est arrivé de prescrire de la glace après un accouchement terminé à six heures du matin, et ceci à deux kilomètres seulement du bourg. Quand nous sommes revenu, à dix-neuf heures, personne

n'avait encore songé à s'en procurer. La ferme, famille et domestiques, comprenait cependant huit hommes rendus inactifs par une forte pluie.

Quelles que soient vos prescriptions, et si précises qu'elles soient, d'ailleurs, l'indolence, la négligence et l'inintelligence remarquables et vraiment désarmantes de la clientèle rurale les déformeront.

Voulez-vous faire donner à votre accouchée un lavement quotidien pendant quelques jours ? Vous laissez pour cela bock, caoutchouc et canule. Revenez le lendemain. Demandez si votre ordonnance a été suivie. La réponse est certaine : « Elle a été suffisamment à la selle, on ne le lui a pas donné. »

Le mieux, pour la désinfection intestinale de votre accouchée, est de lui donner des préparations de bacilles lactiques, biolactyl par exemple, que vous aurez soin de prescrire toujours en comprimés, les liquides ayant trop tendance à fermenter, surtout l'été. Là encore, vos prescriptions seront suivies... dès que quelqu'un se sera décidé à aller chez le pharmacien.

Il est une chose à laquelle vous devez faire très soigneusement attention, c'est l'alimentation de votre accouchée. Si vous n'insistez pas... très lourdement... on la laissera jeûner. Et vous aurez beau dire et redire, malgré tous vos efforts, on ne la nourrira que très insuffisamment. C'est la jeune maman elle-même qui vous demandera : « J'ai faim, est-ce que je ne pourrai pas manger davantage ? » Vous aurez beau vous fâcher, montrer l'ordonnance où vous avez prescrit une alimentation normale en qualité et abondante

en quantité, vous vous heurtez à une force d'inertie inébranlable et vraiment remarquable. Ceci est d'autant plus curieux que, lorsque vous voulez mettre un malade à une diète plus ou moins complète, vous devez vaincre la même opposition, mais en sens inverse, le paysan se croyant perdu s'il reste plus de six heures sans manger.

Envisageons à présent la question des injections vaginales : Ou bien la famille voudra en donner aussitôt après l'accouchement et tous les jours ensuite, et vous serez obligé d'être très catégorique dans votre interdiction ; ou bien, au contraire, quand vous voudrez en faire donner vous-même vers le dixième jour, au moment où le col utérin est refermé, il n'y aura pas moyen de l'obtenir. Dans un cas comme dans l'autre, ne soyez pas trop pessimiste ; la nature fait bien les choses et, malgré des fautes indiscutables contre l'hygiène, les accidents sont tout à fait exceptionnels.

Le lever de votre accouchée est encore une question très importante à régler. Il faut quatorze jours de lit, disent les classiques. Etre debout le plus tôt possible, disent les campagnardes. Qu'y faire ? Vous expliquerez abondamment que quatorze jours de repos au lit sont nécessaires, puis, le quatrième, cinquième ou sixième jour, vous ne trouverez plus votre accouchée dans son lit. Elle a repris ses occupations. Si vous lui avez prédit des catastrophes en cas de lever précoce, vous passerez pour un médecin ignorant ou pusillanime. D'autre part, si vous autorisez

le lever dès la première semaine, vous savez bien que vous êtes dans l'erreur et que vous risquez même de graves accidents. La meilleure conduite à tenir, puisque vous ne pouvez pas obliger votre accouchée à demeurer au lit, est la suivante : Affirmez que ces quatorze jours de repos sont nécessaires, puis, quand vous trouverez la femme debout trop tôt, prédisiez-lui des troubles pour plus tard. Il est bien rare, d'ailleurs, que vous ne la revoyez pas quelques années ensuite pour des troubles dus à une ptose abdominale. Vous n'aurez, à ce moment, qu'à lui rappeler votre pronostic.

SOINS AU NOUVEAU-NÉ.

1° *Cordon*. — Dès que l'enfant est né, vous avez jeté deux pinces sur le cordon, puis vous l'avez sectionné et la première chose que vous avez faite a été d'instiller dans les yeux quelques gouttes de nitrate d'argent. Il faut maintenant vous occuper de la ligature définitive du cordon. Si vous avez une pince de Bar, utilisez-la ; mais on trouvera suspecte et déplaisante cette innovation. Servez-vous donc de cordonnet de soie. Il faut l'avoir préparé à l'avance, et s'il n'est pas stérile, l'avoir fait bouillir. Si vous n'avez pas songé à sa stérilisation, passez-le dans l'alcool, ce sera bien suffisant. L'infection ombilicale ne vient jamais de la ligature du cordon si le pansement ombilical est changé chaque jour. Mais si vous voulez qu'il le soit, et surtout qu'il le soit correctement, il faudra

vous astreindre à venir le faire vous-même chaque jour. Là encore, vous rencontrerez l'hostilité de la famille qui sera ennuyée d'avoir à démailloter le nouveau-né pour une chose dont l'utilité lui échappe. Heureusement, si vous avez pris la précaution de couper le cordon près de l'ombilic et si vous en avez bien iodé la section, la dessiccation et la chute sont rapides et la corvée prend vite fin.

2° *La toilette du nouveau-né.* — Pour la faire, l'entourage vous apportera souvent une casserole d'eau tiède afin de donner un bain à l'enfant. Bien que votre boîte à instruments constitue une baignoire commode, évitez cette pratique. Il est préférable d'effectuer le nettoyage à l'aide d'un corps gras. Si on vous a préparé de la vaseline, utilisez-la ; mais c'est l'exception. Demandez de l'huile de cuisine et servez-vous-en. Frictionnez ensuite doucement la peau à l'alcool. Avant d'habiller le nouveau-né, n'oubliez pas de lui mettre un peu de vaseline entre les fesses et sur la tête. C'est à cela que vous servira le tube de vaseline de votre trousse.

3° *L'alimentation du nouveau-né.* — C'est la question la plus délicate. Il faut y attacher extrêmement d'importance. Si vous n'y faites pas très attention, d'énormes erreurs seront commises. Tout d'abord, spécifiez bien que pendant les trois ou quatre premiers jours, le nouveau-né ne doit rien prendre. Faites-lui seulement donner un peu d'eau sucrée

pour combattre la déshydratation. Insistez beaucoup, sans quoi l'enfant sera mis au sein ou au biberon dès les premières heures qui suivront sa naissance. Veillez ensuite très soigneusement à sa ration alimentaire en quantité, qualité et mode d'administration. Réglementez la durée de la tétée, la quantité à absorber, vérifiez la qualité du lait, combattez une aéro-phagie exagérée. Si l'allaitement est artificiel, veillez à l'hygiène des biberons, au coupage précis du lait, à la stérilité de l'eau, à l'addition du sucre, de jus de fruits. Cette période de la vie est tellement importante au point de vue alimentaire et tellement grosse de conséquences pour la santé future de l'enfant qu'on ne saurait prendre trop de précautions. Mais, combien il est difficile de faire admettre toutes ces règles précises et fastidieuses par une famille paysanne ! Combien de manquements y seront faits, combien de fautes commises quotidiennement, puisque la présence du médecin manque pendant la plus grande partie de la journée. Et c'est encore un argument en faveur de l'accouchement en clinique : Pendant les quatorze jours où la mère y restera, une surveillance de tous les instants permettra de commencer de façon correcte à l'alimentation du nourrisson et permettra en même temps à la jeune accouchée d'apprendre son métier de mère.

Nécessité de modifier l'état d'esprit du médecin.

Pour faire des accouchements selon les règles de l'hygiène, en clientèle rurale, il faudrait certes apporter un changement profond dans l'état d'esprit de la population des campagnes. Mais cette modification essentielle n'est possible que si le médecin y consacre ses efforts. Et à ce point de vue, il faudrait que la mentalité de bien des praticiens ruraux soit toute autre. Beaucoup d'entre eux, en effet, témoignent d'une négligence coupable non seulement en acceptant l'état d'esprit un peu primitif de leurs clients sans tenter de l'améliorer, mais parfois même en sacrifiant à leurs préjugés. Beaucoup, en tous cas, ne sont pas assez exigeants au point de vue de l'asepsie et acceptent trop facilement les habitudes séculaires anti-hygiéniques de leurs patients. Ils sont évidemment servis par la clémence de la nature qui fait que les accidents sont très rares. Mais on ne devrait pas avoir à y compter autant, alors qu'il ne faudrait que quelques efforts, un peu de patience et d'énergie

pour arriver à une hygiène qui, sans être parfaite, pourrait cependant éliminer bon nombre de risques d'infection.

On ne devrait plus actuellement voir des médecins toucher une parturiente avec des mains simplement passées à l'eau et au savon. On ne devrait plus en voir mettre un enfant au monde en tolérant que la femme reste dans un véritable cloaque. On devrait encore moins en voir négliger de mettre dans les yeux du nouveau-né quelques gouttes de nitrate d'argent. Et pourtant, tout cela est malheureusement courant dans nos campagnes. Quel en est le remède ?

Il tient en partie dans l'enseignement donné par nos maîtres à la Faculté et à l'hôpital. Les jeunes médecins, formés à leur école, convaincus de la nécessité d'une hygiène meilleure au cours de l'accouchement, feront leur possible pour la faire respecter. Mais, trop souvent, ils se trouveront aux prises avec tant de difficultés qu'ils auront tendance à se laisser rebuter. Sans faire obstacle au progrès, ils lui nuiront en ne contribuant pas de tous leurs efforts à le faire admettre.

Et c'est encore un argument en faveur de l'accouchement en Maternité où la technique moderne sera toujours à l'honneur.

Conclusion.

Nous avons maintenant passé en revue les différents problèmes qui se posent au cours d'un accouchement à la campagne et les moyens de les résoudre avec les ressources locales minimales dont on peut disposer. La conclusion qui s'impose après cet examen est qu'il ne s'agit là que de moyens de fortune, de pis aller. On ne devrait pas avoir à se préoccuper de difficultés matérielles aussi mesquines ; et pourtant, à chaque instant en surgissent de nouvelles. La maison du paysan n'est nullement préparée à servir de théâtre à un acte médical. Aussi, à notre avis, les accouchements ne devraient pas y avoir lieu et la solution idéale résiderait dans l'accouchement en des cliniques ou des hôpitaux spécialisés. Nous en voyons tous les jours les avantages dans les services des maternités parisiennes où aucun des détails que nous avons évoqués ne peut gêner le médecin qui ne songe pas même à la possibilité de leur existence : Pour

tous les cas où la nécessité d'une intervention chirurgicale s'imposera, il est évident que l'accouchement en maternité évitera le transport parfois dangereux et toujours pénible, l'opération en toute hâte et les conséquences psychologiques désastreuses d'un voyage angoissant vers l'inconnu de l'hôpital. De même, pour l'accouchement dystocique, les conditions seront bien meilleures : On disposera en effet de tout le matériel nécessaire, on pourra donner une anesthésie, on disposera d'aides médicaux et d'infirmières. Pour l'accouchement normal lui-même, tout sera rendu plus facile par la suppression de mille petits détails qu'on n'aura plus à prendre en considération puisque tout aura été prévu en vue de l'accouchement. Et surtout, l'hygiène et l'asepsie qui font tellement défaut à la campagne seront alors respectées dans toutes leurs règles. Pendant les suites de couches, le médecin n'aura plus à guetter avec une certaine angoisse les jours fatidiques où peut se déclancher une infection dont il sait pertinemment que, par la force même des choses, il est bien souvent à demi responsable.

Mais, si l'accouchement dans des cliniques spécialisées est une chose souhaitable, il faut bien dire qu'actuellement, elle est absolument impossible dans la plupart des campagnes. Bien rares mêmes sont les villes où de telles maternités existent. Et nous croyons que c'est une lacune qui demande à être comblée le plus vite possible. Evidemment, ce n'est pas du jour au lendemain que toutes les femmes y viendraient faire leurs couches ; cependant, petit à

petit, et sous l'impulsion du médecin de campagne, la chose deviendrait de plus en plus courante et naturelle. Nous croyons que c'est là qu'est la solution de l'avenir pour l'accouchement à la campagne.

Vu : le Président de la thèse,
TANON.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Tanon.* — Hygiène générale.
- Metzger.* — L'accoucheur moderne.
- Macaigne.* — Précis d'Hygiène.
- Jannin et Dubrizay.* — Précis d'accouchement.
- Von Richard Braun von Fernwald.* — Über Asepsis und Antisepsis in der Geburtshilfe.
- Brindeau et Chambrelent.* — La pratique de l'art des accouchements.
- Brault (P.).* — Le praticien et l'obstétrique.
- Demelin (L.-A.).* — La pratique de l'accouchement en clientèle.
- Monley (G.).* — Hygiène rurale.

